

## 同意撤回通知書

さざなみ病理ネット参画病院  
高島市民病院長 様

私は、将来の医学研究への参加および提供試料・情報の保存・使用について同意しておりましたが、その同意を自らの意思により撤回いたします。

同意撤回日： 年 月 日

本人氏名(自筆)： \_\_\_\_\_

代諾の場合：患者氏名 \_\_\_\_\_

代諾者氏名(自筆)： \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

・手術日： 年 月 日

・部位： \_\_\_\_\_